1912

Acuter Gelenkrheumatismus und Geistesstörung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät

der

K. B. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

Nikolaus Lang

aus Treppendorf.

Tag der mündlichen Prüfung: 1. August 1912.

Bamberg.

Buchdruckerei Johann Nagengast.

1912.

83

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154019_0132

Acuter Gelenkrheumatismus und Geistesstörung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät

der

K. B. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

Nikolaus Lang

aus Treppendorf.

Tag der mündlichen Prüfung: 1. August 1912.

Bamberg.

Buchdruckerei Johann Nagengast.

1912.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät.

Referent: Herr Professor Dr. Specht.

Dekan: Herr Professor Dr. Jamin.

Meiner lieben Mutter gewidmet.

Literatur-Verzeichnis.

1. E. Kraepelin: „Ueber den Einfluß acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten." Archiv f. Psych. B. XI.

2. K. Bonhöffer: „Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von acuten Infektionen und inneren Erkrankungen." Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1910.

3. A. Adler: „Ueber die im Zusammenhange mit acuten Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen." Allg. Zeitschr. f. Psych. B. 53. 1897.

4. E. Siemerling: „Ueber Psychosen im Zusammenhang mit acuten und chronischen Infektionskrankheiten." Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrh. B. VI. 2

5. F. C. Müller: „Ueber psychische Erkrankungen bei acuten fieberhaften Krankheiten." J. D. Straßburg 1881.

6. H. Hermann: „Ueber die Ursachen und Behandlung der Delirien bei acuten fieberhaften Krankheiten." J. D. Berlin 1881.

7. F. Klein: „Casuistische Beiträge zu den im Gefolge von Gelenkrheumatismus vorkommenden Psychosen." J. D. Berlin 1890.

8. J. Sievert: „Beiträge zur Lehre von den Psychosen bei Infektionskrankheiten." J. D. Kiel 1902.

9. P. Schwade: „Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach acuten Infektionskrankheiten." J. D. Kiel 1906.

10. K. Braune: „Protrahierte Delirien bei fieberhaften Erkrankungen." J. D. Berlin 1907.

11. E. Fraenkel: „Ueber das Verhalten des Gehirns bei acuten Infektionskrankheiten." Virch. Arch. f. patholog. Anatomie. B. 194. Beiheft 1908 Seite 168.

12. P. Schröder: „Anatomische Befunde bei einigen Fällen von acuten Psychosen." Allg. Zeitschrift f. Psych. B. 66. 1909.

13. Cramer-Többen: „Beiträge zur Pathogenese der Chorea und der acuten infektiösen Prozesse des Zentralnervensystems." Monatsschrift f. Psych. u. Neurologie. B. 18. 1905.

14. E. Siemerling: „Infektions- und autotoxische Psychosen.“ Deutsche Medizin. Wochenschrift. 36. Jahrg. 1910 S. 2255.

15. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1882—1910.

16. E. Kraepelin: „Psychiatrie“. 8. Aufl. Band I und II.

17. K. Kleist: „Ueber die psych. Störungen bei der Chorea minor.“ Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 46 Bd. S. 769 ff.

Lebenslauf.

Verfasser, Nikolaus Lang, geboren am 4. März 1885 zu Treppendorf, Kgl. Bez.-Amt Bamberg II in Bayern, Sohn des verstorbenen Oekonomen Franz Lang und seiner Ehefrau Anna, geb. Schwank, besuchte die Volksschule in seinem Heimatdörfchen Treppendorf, kam im Jahre 1897 an das alte Gymnasium nach Bamberg und absolvierte im Juli 1906 am alten Gymnasium zu Würzburg. Im Herbste desselben Jahres bezog er die Hochschule zu Würzburg, widmete sich daselbst 8 Semester dem medizinischen Studium und bestand im März 1909 die ärztliche Vorprüfung. Im Oktober 1910 siedelte er nach München über, studierte hier 2 Semester Medicin und bestand am 30. Januar 1912 die ärztliche Prüfung dortselbst. Seit dem 1. Februar 1912 ist er als Medizinalpraktikant an der Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu in Bamberg tätig.

Acuter Gelenkrheumatismus und Geistesstörung.

Der acute Gelenkrheumatismus ist nach dem heutigen Stande unserer Wissenschaft unzweifelhaft eine Erkrankung, die durch einen exogenen und zwar infektiösen Krankheitserreger verursacht wird. Es ist daher ganz natürlich, daß die im Verlaufe dieses Krankheitsprozesses auftretenden geistigen Störungen jetzt von den Autoren im Zusammenhang mit den Psychosen der übrigen Infektionskrankheiten besprochen werden. H. Herrmann allerdings glaubte noch im Jahre 1881 die geistigen Störungen, die nach den damals bekannten Infektionskrankheiten auftraten, von denen nach anderen acuten fieberhaften Krankheiten abtrennen zu müssen, und rechnete zu den letzteren auch den acuten Gelenkrheumatismus, aber Kraepelin berichtete schon im gleichen Jahre, daß nach den neueren Forschungen der damaligen Zeit bei der Polyarthritis rheumatica alle Anzeichen auf eine Infektion hinweisen.

Die soeben angezogene Schrift Kraepelins: „Ueber den Einfluß acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten" ist wohl die umfangreichste Arbeit auf diesem Gebiete und bildet das Fundament und den Grundstein für die spätere Forschung. Gleichzeitig und ebenfalls sehr gründlich wurde derselbe Stoff von F. C. Müller in seiner Abhandlung: „Ueber psychische Erkrankungen bei acuten fieberhaften Krankheiten" einer eingehenden Besprechung gewürdigt. Beide Autoren sind für uns von besonderer Wichtigkeit, weil sie gerade dem acuten Gelenkrheumatismus einen längeren Abschnitt widmen. Die oben bereits gestreifte Schrift H. Herrmanns „Ueber die Ursachen und Behandlung

der Delirien bei acuten fieberhaften Krankheiten" sei der Vollständigkeit halber nochmals erwähnt. War mit diesen Arbeiten der Grund zu dem neuen Gebäude gelegt, so wurden in der Folge emsig Bausteine von allen Seiten herbeigetragen, um den Bau weiter zu fördern. Aus dem umfangreichen Material sei jedoch nachfolgend nur das Wichtigste und für unsere Bearbeitung besonders Maßgebende hervorgehoben.

Im Jahre 1890 lieferte F. Klein: „Casuistische Beiträge zu den im Gefolge von Gelenkrheumatismus vorkommenden Psychosen" und suchte an der Hand von 5 Fällen die dabei zutage tretenden Psychosen nach ihrer Erscheinungsweise und ihrem Verlauf zu classifizieren. 7 Jahre später erschien eine Abhandlung Adlers: „Ueber die im Zusammenhang mit acuten Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen." Er bespricht darin die einzelnen Infektionskrankheiten nach der Häufigkeit der dabei zutage tretenden psychischen Störungen. Neben Influenza und Abdominaltyphus kommt an 3. Stelle der acute Gelenkrheumatismus zu stehen. Zum Schlusse faßt er das Resultat seiner Forschung in folgenden Punkten zusammen:

„I. Die im Zusammenhang mit acuten Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen haben sehr mannigfache Formen.

II. In den gleichen Stadien der verschiedenen Infektionskrankheiten treten annähernd die gleichen Formen von Geistesstörung auf.

III. Mit Bezug auf die Entstehung dieser Psychosen ist Folgendes zu bemerken:

a) Die bisher erhobenen pathologisch-anatomischen Befunde geben keine befriedigende Erklärung derselben.

b) Die Bakterientoxine haben keine ausschlaggebende Bedeutung.

c) Die hauptsächlichsten aetiologischen Faktoren sind Fieber und Erschöpfung.

d) In den meisten Fällen läßt sich ererbte oder erworbene Disposition nachweisen."

Wie wir gleich sehen werden, sind jetzt diese Anschauungen der Hauptsache nach antiquiert. Im Anschluß an

einen Fall von Psychose bei gonorrhoischer Infektion lieferte mehrere Jahre später Johannes Sievert einen kleinen „Beitrag zur Lehre von den Psychosen bei Infektionskrankheiten." In der deutschen Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts (B. VI_2 1906, Geisteskrankheiten) gibt Siemerling eine ausführliche Schilderung: „Ueber Psychosen im Zusammenhang mit acuten und chronischen Infektionskrankheiten" mit zahlreichen casuistischen Beiträgen, unter denen sich auch bei den nach acutem Gelenkrheumatismus aufgetretenen Fällen von Geistesstörung jene 5 Fälle von F. Klein befinden, auf die ich bereits oben hingewiesen habe. Kleinere Arbeiten sind die von Paul Schwade (Kiel 1906) und Karl Braune (Berlin 1907.)

Eingehender wieder beschäftigen sich mit dieser Frage Karl Bonhöffer: „Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von acuten Infektionen und inneren Erkrankungen", ferner wiederum Kraepelin, der in seinem jüngst erschienenen Lehrbuch der Psychiatrie dem „infektiösen Irresein" eine ausführliche Besprechung widmet. Schließlich sei noch ein Vortrag E. Siemerlings: „Infektions- und autotoxische Psychosen" erwähnt, wovon mir ein Referat in der Deutschen medizinischen Wochenschrift vom 1. Dezember 1910 zu Gebote stand.

Auf pathologisch-anatomischem Gebiete wäre eine Arbeit von E. Fränkel: „Das Verhalten des Gehirns bei acuten Infektionskrankheiten" hervorzuheben. Er stellt in einer stattlichen Reihe von Obductionen systematische Untersuchungen des Gehirns an bei Fällen, in denen klinisch eine Mitbeteiligung dieses Organes nicht nachgewiesen wurde. Außerdem sind hier die Veröffentlichungen P. Schröders zu nennen: „Anatomische Befunde bei einigen Fällen von acuten Psychosen." Was den Zusammenhang des acuten Gelenkrheumatismus mit Chorea betrifft, so seien noch die „Beiträge zur Pathogenese der Chorea und der acuten infectiösen Prozesse des Zentralnervensystems" von Cramer-Többen in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (1905) genannt. Ueber gelegentliche Bemerkungen anderer Autoren zu unserem Thema wird bei gegebener Stelle berichtet werden,

besonders aus den Jahrgängen des Centralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Während man in den früheren Zeiten zu ergründen suchte, in wieweit seelische Störungen ganz im Allgemeinen durch körperliche Affektionen bedingt und von diesen abhängig seien, trat später mehr die Ergründung der spezifisch-aetiologischen Momente in den Vordergrund der wissenschaftlichen Forschung. Auch lag der Gedanke nahe, daß es möglich sein werde, aus den klinischen Erscheinungen bestimmte psychische Krankheitsbilder abzugrenzen, die einen Schluß auf den zugrunde liegenden spezifischen Infektionsprozeß zuließen. In wie weit wir heute berechtigt sind, von einer spezifischen Infektionspsychose und vor allem einer spezifisch-rheumatischen Psychose zu sprechen, und welche Antwort uns heute die Wissenschaft auf diese Frage gibt, soll im Folgenden näher erörtert werden.

Zunächst muß es uns interessieren, ob überhaupt beim acuten Gelenkrheumatismus das Vorhandensein eines spezifischen Erregers anzunehmen ist. In der Tat soll nach den Forschungen einiger Autoren für diese Krankheit ein spezifischer Erreger in Gestalt eines Streptococcus gefunden worden sein, der nach Verimpfung auf Tiere wieder polyarthritische Gelenkschwellungen hervorgerufen habe. Dagegen wollen andere einen Staphylokokkus als mutmaßlichen Erreger ansprechen. Die neueren Autoren, die auf diesem Gebiete maßgebend sind, weisen jedoch darauf hin, daß die Polyarthritis nicht durch ein spezifisches Virus erzeugt wird, sondern daß sie nur als eine Teilerscheinung der Pyaemie anzusehen ist, die von verschiedenen Mikroben hervorgerufen werden kann. Alle diese pathogenen Keime, die mit ganz verschwindenden Ausnahmen zu einer großen Klasse, nämlich zu der der pyogenen Bakterien gehören, produzieren einen Giftstoff, welcher im Sinne der geistvollen Theorie Ehrlichs eine besondere Affinität zu den Rezeptoren der Eiweißmoleküle des Centralnervensystems, und zwar ganz bestimmter Zellgebiete desselben, besitzt.

E. Fränkel und P. Schröder weisen, wie wir später sehen werden, darauf hin, daß die verschiedenen pathogenen

Keime der Infektionskrankheiten imstande sind, makroskopisch und histologisch gleichartige Veränderungen des Gehirns hervorzurufen. Allerdings sei es nicht möglich, aus diesen Befunden einen Schluß auf die psychischen Erscheinungen zu machen. Nach alledem jedenfalls stehen uns bis jetzt weder von bakteriologischem noch vom pathologisch-anatomischem Standpunkt aus Anhaltspunkte zur Verfügung, aus denen wir eine für eine bestimmte Bakterienart wohlumgrenzte psychische Störung erwarten dürften.

Was nun den allgemeinen pathogenetischen Vorgang betrifft, so muß nach unseren heutigen Anschauungen den Giftwirkungen der Krankheitserreger die eigentliche schädigende Ursache beim Zustandekommen der psychischen Störungen zuerkannt werden. Kraepelin weist schon in seiner gekrönten Preisschrift vom Jahre 1881 darauf hin, daß nicht sowohl die Lokalisation der Krankheitserreger im Centralnervensystem selbst, sondern die von ihnen gebildeten „infektiösen Fermente" die eigentliche krankmachende Ursache seien. Dagegen glaubte Herrmann noch die Auffassung, daß der spezifische Infektionsstoff ein Hauptmoment bei den infektiösen Psychosen ausmache, mit allerdings heute nicht mehr geltenden Einwänden von der Hand weisen zu müssen. Ebenso schränkt Adler die infolge Bakterienwirkung bei den acuten Infektionskrankheiten entstehenden Toxine in ihrer aetiologischen Bedeutung für die dabei auftretenden seelischen Störungen ein und unterstellt sie zwei mächtigeren Faktoren: dem Fieber und der Erschöpfung. Die neueren Autoren aber messen der toxischen Wirkung wieder größeres Gewicht für das Zustandekommen der Psychosen bei. So ist nach Ansicht Siemerlings die „toxische Wirkung der Infektionsstoffe resp. Bakteriengifte, die natürlich nicht ohne Einfluß auf das Blut, Gehirn, den gesamten Stoffwechsel bleiben, bedeutungsvoll. Dabei müssen wir Temperaturerhöhung und Delirium als „coordinierte Folge der Infektion" ansehen, ein Gedanke, den er auch in einem späteren Vortrag wieder in ähnlicher Form ausspricht. Auch Bonhöffer und Kraepelin betonen in ihren neuesten Arbeiten den überwiegenden

Anteil der Giftstoffe als ursächliches Moment beim Zustandekommen von geistigen Störungen.

Je mehr die Annahme von spezifischer Bakterienwirkung an Bedeutung gewann, desto mehr wurden andererseits die übrigen Faktoren und besonders das Fieber als aetiologische Einflüsse bei geistigen Erkrankungen abgeschwächt. Die Erhöhung der Eigenwärme bei den mit Störungen der Psyche einhergehenden Infektionserkrankungen war ja so augenscheinlich, daß sie schon den alten Autoren als das krankmachende Agens imponierte. Auch heute noch wird dem Fieber von einzelnen Forschern ein ursächliches Moment zuerkannt, ja von manchen, wie wir oben gesehen haben, eine große Rolle zugeschrieben. Eine wichtigere Bedeutung aber behält das Fieber wahrscheinlich nur bei jenen mit excessiver Temperatursteigerung einhergehenden Fällen, wie sie gelegentlich besonders beim acuten Gelenkrheumatismus, seltener auch bei anderen Infektionskrankheiten beobachtet werden.

Neben der erhöhten Temperatur des Körpers wurde auch der persönlichen Empfindlichkeit und der hereditären Belastung in aetiologischer Hinsicht besondere Bedeutung beigemessen. Vielleicht, daß wir dabei an ein individuell verschiedenes Verhalten der Zellen des Gehirns gegenüber den Giftstoffen, eine besondere Affinität in dem oben angedeuteten Sinne, denken dürfen. Dabei würde auch den im Alter und Geschlecht, sowie den in schwächenden Einflüssen, wie z. B. dem chronischen Alkoholmißbrauch, begründeten Momenten nichts von ihrem begünstigenden Charakter genommen, insoferne sie eben jenen Giften das Terrain zum Angriff vorbereiten.

Auch der veränderte Zustand der Kreislaufsorgane, besonders die häufige Beteiligung des Herzens bei der Polyarthritis rheumatica wird in ursächlichem Zusammenhang mit den psychischen Erscheinungen gebracht. Kraepelin gesteht jedoch diesen Veränderungen in seinem Lehrbuch nur noch eine mittelbare Wirkung zu, indem „Kreislaufsstörungen und Behinderung der Sauerstoffzufuhr dem Körper die Vernichtung kreisender Krankheitsgifte erschweren.“ Daß

die beim acuten Gelenkrheumatismus sich geltend machende heftige Schmerzhaftigkeit der Gelenke an der Entstehung von Seelenstörung wesentlichen Anteil nimmt, ist nicht gut anzunehmen.

Bei den zur Zeit des Krankheitsnachlasses und besonders bei den in der Reconvaleszenz auftretenden Psychosen spielt der Begriff der Erschöpfung eine große Rolle, die ja neben dem Typhus hauptsächlich der acute Gelenkrheumatismus vielfach nach sich zieht. Während nun die meisten Autoren in dem allgemeinen Darniederliegen sämtlicher Körperfunktionen einen wesentlichen Faktor für die geistige Störung erblicken, glaubt Kraepelin [1]) gegen diese Auffassung Bedenken erheben zu müssen. Er weist darauf hin, daß erschöpfende Einflüsse anderer Art gar keine oder doch ganz abweichende Veränderungen im Seelenleben herbeizuführen pflegen, daß auch die lange Dauer nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein könne, und daß besondere Unterschiede zwischen den einzelnen infektiösen Erkrankungen eine Rolle spielen. Er kommt dabei zu dem Schluß: „Es hat den Anschein, als ob in demselben Krankheitsverlaufe nacheinander, vielleicht auch nebeneinander Gifte mit verschiedenartigen Wirkungen auftreten können. Ob wir es dabei mit Umwandlungen der Krankheitserreger selbst, mit krankhaft veränderten oder angehäuften Zerfallsstoffen, mit den Folgeerscheinungen von Organerkrankungen oder mit noch ganz anderen Vorgängen zu tun haben, muß einstweilen dahingestellt bleiben."

Wenn wir nun den oben genannten Ursachen — der Anwesenheit der auf den menschlichen Organismus feindlich wirkenden Kräfte, den von ihnen produzierten Giftstoffen und allen von diesen hervorgerufenen stürmischen Reaktionen des Körpers, wie sie im Fieber, der Zirkulationsstörung und dem Allgemeinergriffensein sich äußern und zum Schlusse sogar die geistige Tätigkeit mehr oder weniger alterieren — weiter nachgehen, so gelangen wir zur anatomisch-pathologischen Untersuchung des erkrankten Centralnervensystems

[1]) Lehrb. der Psych. 8. Aufl. B. I. S. 64.

selbst. Vielleicht wäre es denkbar, greifbare Veränderungen, etwa wie bei der progressiven Paralyse, aufzudecken, an der Hand deren es, natürlich im Verein mit den klinischen Erscheinungen, möglich wäre, die einzelnen psychischen Störungen nach den ihnen zugrunde liegenden infektiösen Prozessen abzugrenzen. Dieses Ziel ist nach dem Urteile der maßgebenden Autoren bis heute leider noch in weite Ferne gerückt. In der früheren Zeit legte man großen Nachdruck auf die grob-anatomischen, in die Augen fallenden Veränderungen, wie sie entweder durch rasch sich einstellende oder in protrahiertem Verlaufe sich geltend machende Cirkulationsstörungen des Gehirnes zutage traten, vor allem auf die vielberufene Anaemie und Hyperaemie, auf ödematöse oder entzündliche Prozesse, die jedoch der kritischen Forschung nicht standhalten konnten.

In neuerer Zeit können natürlich nur mikroskopische Ergebnisse ausschlaggebend sein. Beachtenswert sind in dieser Hinsicht die schon erwähnten Untersuchungen E. Fraenkels, der in einer Reihe von Infektionskrankheiten die Anwesenheit pathogener Keime und durch sie bedingte histologische Veränderungen im Gehirne nachweisen konnte, während klinisch keine Erscheinungen auf ein Mitergriffensein dieses Organs schließen ließen. Wenn er auch diesen geringfügigen organischen Veränderungen keinen großen Wert für die Erklärung psychischer Alienationen beimißt, so bezweifelt er doch nicht, daß das Kreisen gewisser pathogener Bakterien im Gehirn, das er in $^3/_4$ der Fälle unzweifelhaft nachgewiesen zu haben glaubt, zu Funktionsstörungen dieses Organs führen kann. P. Schroeder referierte über 3 Fälle von acuten Infektionspsychosen, wo er allen zukommende gleichartige Schädigungen an den Gliazellen, dem gliösen Apparate und den Gefäßen aufdecken konnte, und betont, daß auch andere Autoren, wie Binswanger, Berger, Sander, Alzheimer u. A. übereinstimmende Resultate erzielt hätten, die jedoch keinen Schluß für die Erklärung der psychischen Symptome zuließen. Wichtiger sei in dieser Hinsicht der Nachweis von umschriebenen Zellausfällen bezw. von Veränderungen, welche über das Bild der einfachen „akuten“

Zellerkrankung Nissels hinausgingen. Ueber den ablehnenden Standpunkt Adlers in dieser Frage haben wir oben schon berichtet, es sei hier nur noch einmal kurz daran erinnert. Nach Siemerling findet sich neben encephalitischen Herden, Blutungen etc. acuter Zerfall der Nervenzellen in der Hirnrinde, Vermehrung der Glia-, besonders der sog. Trabantzellen; doch hält auch er diese Veränderungen nicht für ausreichend, um aus ihnen die klinischen Erscheinungen vollkommen erklären zu können. Ob es doch noch einmal gelingt, mittels des Studiums der histologischen Veränderungen die mannigfachen Bilder der Infektionspsychosen von einander abzugrenzen und feste Krankheitsformen aufzustellen, muß vorläufig noch der Zukunft anheim gegeben werden.

Gehen wir nun dazu über, an der Hand der Literatur nachzuforschen, wie alle die obengenannten und die sonst noch zu supponierenden Schädigungen des Gehirnes die aus ihnen entspringenden psychischen Störungen klinisch in die Erscheinung treten lassen, und versuchen wir, ob es auf diese Art möglich sein wird, bestimmte Krankheitsbilder als der vorausgegangenen Infektion pathognostisch wieder zu erkennen, vor allem ob es etwa eine für den acuten Gelenkrheumatismus charakteristische Psychose gibt. Es gab eine Zeit, in der man den bei der Polyarthritis rheumatica zutage tretenden psychischen Alterationen eine gewisse Spezifität wahren wollte, indem dabei Formen vorkommen sollten, die bei anderen akuten Infektionskrankheiten nicht zu finden seien. Davon kann jetzt nicht mehr die Rede sein. Es bleibt uns somit bei dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens nichts anderes übrig, als im Rahmen des von Kraepelin aufgestellten Einteilungsprinzipes, das

1) Fieber- und Infektionsdelirien,

2) acute Verwirrtheitszustände und

3) die infektiösen Schwächezustände unterscheidet, etwaige Besonderheiten des acuten Gelenkrheumatismus näher ins Auge zu fassen. Auffällig ist zunächst, daß in den psychischen Störungen nach acutem Gelenkrheumatismus die ängstlichen Depressionszustände in den Vordergrund treten. Der Zeitpunkt für das Einsetzen der geistigen Alteration im

Fieberstadium ist das Ende der ersten und der Anfang der zweiten Woche. Beim Gelenkrheumatismus sollen in diesem Stadium nach Kraepelin „rasch ausbrechende verwirrte Aufregungszustände" überwiegen. Die Prognose ist nicht günstig, gefürchtet sind namentlich jene eigenartigen Fälle, die mit enormer Steigerung der Eigenwärme (bis 44°) einhergehen und nach schweren delirösen Aufregungszuständen in der Regel in wenigen Stunden den Tod herbeiführen. Auch als Cerebralrheumatismus hat man diese Form bezeichnet, für deren Zustandekommen man verschiedene Erklärungen heranzog, ohne jedoch über das Bereich der Hypothese hinauszukommen. Hervorgehoben mag sein, daß Kraepelin [1]) in seinem neuen Werke nur bei solchen Fällen dem exquisit hohen Fieber einen besonders deletären Einfluß auf den Krankheitsprozeß zuschreibt. Unter den sogenannten Infektionsdelirien spielt der acute Gelenkrheumatismus keine große Rolle; häufiger wieder finden wir ihn in der späteren Fieberperiode und bei den mit dem Nachlassen des Fiebers und zur Zeit des Auftretens der Komplikationen des Herzens und der Lunge einsetzenden sog. Collapsdelirien. Auffallend oft pflegen diese mit einer Abnahme der Gelenkschwellung einherzugehen, so daß nach Kraepelins Auffassung der Gedanke berechtigt erscheint, daß durch das Aufsaugen der Gelenkergüsse Giftstoffe in die Körpersäfte gelangen, die auch das Centralnervensystem in Mitleidenschaft ziehen, dadurch, daß diese Gifte infolge der geschädigten Kreislaufsverhältnisse und des Darniederliegens sämtlicher körperlicher Funktionen nicht genügend aus dem Organismus ausgeschieden oder unwirksam gemacht werden. Die Prognose ist bezüglich der Psychose nicht ungünstig, doch ist das Leben ernstlich bedroht, indem nicht selten Coma und Tod folgen. Die Dauer ist verschieden, bei den ungünstigsten Fällen nur Tage während.

Von den Infektionsdelirien führen fliessende Übergänge zu jenen Zuständen, die mit acuter Verwirrtheit einhergehen und unter den Begriff der Amentia fallen, ein

[1]) Kraep. Lehrb. d. Psych. B II. S. 241.

Krankheitsbild, das bis heute in den Forscherkreisen noch keine einheitliche Deutung gefunden hat. Die Haupterscheinungen des klinischen Bildes sind: „Auffassungs- und Denkstörung, Sinnestäuschungen und motorische Erregung in verschieden stark ausgeprägtem Grade.“ [1]) Zu diesem Krankheitsbild stellt der acute Gelenkrheumatismus im Verein mit dem Typhus das größte Contingent, wobei diese Störungen gar häufig nach dem Temperaturabfall sich einzustellen pflegen. Auch das oben erwähnte Phänomen des Schwindens der Gelenkschwellungen mit nachfolgendem Ausbruch der psychischen Störung wird hier beobachtet. Im klinischen Bild der Psychose soll nach Ansicht Kraepelins beim acuten Gelenkrheumatismus mehr „die Auffassungsstörung und Ratlosigkeit mit ruhiger Depression bis zu leichtem Stupor“ in den Vordergrund treten. Die Prognose ist günstig, da nach mehrmonatlicher Dauer sich meist Genesung einzustellen pflegt.

Die infektiösen Schwächezustände endlich, als deren „wesentlicher Grundzug eine Abschwächung der seelischen Leistungen, eine psychische Lähmung gegenüber den mehr oder weniger ausgeprägten Reizerscheinungen der früheren Gruppen“ hervortritt, bieten sehr variable Bilder, wovon der acute Gelenkrheumatismus die leichtesten Formen darstellen soll, bei denen die melancholische Färbung besonders zum Ausdruck kommt. Während demnach Kraepelin immerhin über einige klinische Sonderheiten für die Rheumatismuspsychosen zu berichten weiß, hebt dagegen Bonhöffer hervor, daß wie überhaupt die Polyarthritis rheumatica viele Fälle bietet, wo der Zusammenhang zwischen der Grunderkrankung und Psychose wenig durchsichtig ist, so besonders dieses Nachstadium gerne endogene Psychosen auszulösen scheine. An dieser Stelle sei auch nicht vergessen, daß Siemerling der Salicylsäure für das Zustandekommen der Gehörstäuschungen einige Bedeutung beimißt.

Kurz noch einiges über den Zusammenhang der Chorea mit dem acuten Gelenkrheumatismus. Die Literatur der

---

[1]) Kraepelin II S. 269.

vergangenen Jahrzehnte verzeichnet ein reichhaltiges kasuistisches Material, aus dem unzweifelhaft der innige Connex beider Leiden hervorgeht. Wenn wir die Chorea bisweilen auch im Gefolge anderer Infektionskrankheiten finden, so werden wir uns eben daran erinnern, daß sowohl der Polyarthritis rheumatica als auch dem Veitstanz nicht ein einheitliches Virus zugrunde liegt, sondern daß sie als Effekt verschiedener pathogener Keime auftreten können. Immerhin sind Gelenkrheumatismus und Chorea ganz besonders innig miteinander verbunden. Auch über Choreapsychosen liegt schon eine größere Literatur vor; dieselben Fragen wie bei den vorliegenden Infektionspsychosen kommen auch bei jenen zur Erörterung. Aber daß es eine für Chorea typische Geistesstörung auch nicht gibt, das hat erst vor wenigen Jahren Kleist in seiner bekannten Arbeit über die psychischen Störungen bei Chorea nachgewiesen.

Durch diese Erörterungen, bei denen wir im wesentlichen Kraepelins Ausführungen in seinem Lehrbuch der Psychiatrie 8. Auflage: „Das infektiöse Irresein" gefolgt sind, soll durchaus nicht, wie es vielleicht scheinen könnte, gesagt werden, daß man differente und klinisch feststehende Krankheitstypen für den acuten Gelenkrheumatismus abgrenzen könnte, denn alle diese erwähnten Eigenschaften können sich gelegentlich auch bei anderen Infektionskrankheiten bemerkbar machen. Und nach dem übereinstimmenden Urteil der Autoren ist es, wie schon hervorgehoben, zur Zeit nicht angängig, von spezifischen Infektionspsychosen zu sprechen. Für den acuten Gelenkrheumatismus haben Kraepelin und F. C. Müller in ablehnendem Sinne gesprochen, den Standpunkt Adlers in dieser Frage haben wir eingangs schon vernommen. In neuerer Zeit hat Siemerling wohl am entschiedensten gegen eine solche Annahme, die Infektionspsychosen sowohl unter sich als von anderen Psychosen abzugrenzen, Stellung genommen, wenn er den Satz ausspricht: „Es gibt keine einheitliche von den übrigen Psychosen durch besondere charakteristische Merkmale abzugrenzende Infektionspsychose" und ferner: „Alle Versuche, welche darauf abzielen, bestimmte psychische Symptome als

den Psychosen bei Infektionskrankheiten nicht zugehörig auszuschließen, resp. ihnen zuzuschreiben, muß ich bisher als verfehlt betrachten.“ [1]) Auch Bonhöffer ist derselben Meinung, daß man „nicht von Infektionspsychosen reden kann in dem Sinne, daß es sich dabei um unter sich zu differenzierende psychische Entitäten handelte. Das, was man früher für die einzelnen Infektionspsychosen als charakteristisch ansprechen zu müssen glaubte, ist nach dem Überblick über das gesamte Material aufzugeben.“ Für die Zukunft jedoch gibt Kraepelin die Hoffnung nach dieser Richtung nicht auf, er spricht gegenteilig die Ueberzeugung aus, daß wir mit der Zeit durch Häufung und Verfeinerung unserer diagnostischen Beobachtungen „es einmal lernen können, nicht nur die Eigenart der Infektionspsychosen im Allgemeinen, sondern auch diejenige der besonderen Formen, wie sie sich im Laufe der verschiedenen Infektionen entwickeln, nach ihren psychischen Erscheinungen zu kennzeichnen.“

Ein Ausblick in die Zukunft, der zu weiterer klinischer Arbeit auf diesem Gebiete dringend auffordert; vorläufig sind, wie er selbst gesteht, zur Erreichung dieses Zieles heute kaum die allerersten Schritte getan.

Auf die Therapie, die sich im Großen und Ganzen mit der der übrigen Infektionspsychosen deckt, braucht nicht näher eingegangen zu werden.

Im Anschluß an diese Erörterungen soll nun im Folgenden ein Fall von geistiger Störung nach acutem Gelenkrheumatismus berichtet werden, der in der hiesigen Anstalt zur Beobachtung gekommen ist.

L. R., 23 Jahre alt, Soldat, von Beruf landwirtschaftlicher Taglöhner, wurde am 22. Juli 1909 wegen geistiger Erkrankung nach acutem Gelenkrheumatismus in die Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu aufgenommen.

Die Krankengeschichte des Patienten hat in Bezug auf erbliche Belastung keine Anhaltspunkte gewinnen lassen.

[1]) D. Kl. VI_2 S. 395.

Zufällig stammt er aber aus meinem Heimatdorfe, und so bin ich, teils aus eigenem Wissen, teils durch Mitteilungen meiner Mutter, in der Lage, darüber einigen Aufschluß zu geben. Seine Urgroßmutter väterlicherseits war eine ledige Dienstmagd, die ihr Leben im Armenhaus beendete. Sie hatte von einem verheirateten Manne, der als notorischer Säufer bekannt, sein Ansehen und sein Vermögen durch den Alkohol verlor, eine illegitime Tochter. Diese verheiratete sich mit dem Großvater des Patienten, der ebenfalls gerne getrunken hat. Sie selbst wurde als exzentrische Frauensperson als zänkisch, streitsüchtig, rauflustig, als der Schrecken des ganzen Dorfes geschildert, die das ganze Jahr bald mit diesem, bald mit jenem, sowie mit ihren eigenen Angehörigen in stetem Zank und Hader lebte. Ihr Sohn, der Vater des Patienten, ist ein ausgesprochener Querulant, der auch sonst durch sein verschrobenes Wesen bekannt ist. Die Ascendens mütterlicherseits bietet, soweit ich erfahren konnte, keine hereditären Momente.

Patient selbst war bis zu seiner Militärzeit niemals ernstlich erkrankt, in der Schule und beim Spiel war nie etwas Auffälliges an ihm zu bemerken. Er war zwar ein ruhiger, etwas schüchterner Mensch, aber nicht verschlossen, sondern meist freundlich und liebenswürdig.

Während seiner Militärzeit hatte er verschiedene Erkrankungen durchzumachen, so eine Zellgewebsentzündung am linken Vorderarm, die 7 Wochen bis zur Heilung erforderte. Dann eine Schleimbeutelentzündung am rechten Knie, die ihn etwa 1 Monat vom Dienst abhielt. Am 12. November 1908 erkrankte er an einseitigem Halsmuskelrheumatismus, der 10 Tage dauerte und dem sich nach 7 Tagen ein acuter Gelenkrheumatismus anschloß. Am 9. Februar 1909 war er wieder hergestellt und blieb bis zum 23. April im Dienst. An diesem Tage flammte die Polyarthritis rheumatica von Neuem auf, welche sich bis zum 12. Juni 1909 hinzog und Dienstunfähigkeit zur Folge hatte. Am nächsten Tage sollte er beurlaubt werden, bekam aber mittags einen Schüttelfrost mit einem krampfartigen Anfall und wurde aufs Neue dem Lazarett überwiesen. Temp. 37,5 °.

13. VII. Bei der Aufnahme ins Garnisonslazarett ist er somnolent, gibt auf Anrufen nur unklare und verworrene Antworten, gegen Abend erreicht die Benommenheit einen bedrohlichen Grad, doch ergeben wiederholte Temperaturmessungen kein Fieber. Der Kranke bietet bei der Nachtvisite folgendes Bild: Er liegt mit steifem Nacken, krampfhaft gebeugten Armen und eingezogenen Fingern regungslos im Bette. Die weitgeöffneten Augen blicken starr gegen die Decke, die Pupillenreaktion ist erhalten, der Puls nicht beschleunigt, voll und kräftig. Die auffallendste Erscheinung ist die fliegende Atmung, welche die Zahl der Atemzüge von 100 in der Minute zeitweise überschreitet. Nach zwei Kampferinjektionen, Eisbeutel auf Kopf und Herzgegend bleibt der Zustand bis gegen 12 Uhr unverändert. Um diese Zeit richtet er sich plötzlich auf, wird unruhig, schlägt mit Armen und Beinen umher, muß von 3 Leuten gehalten und vor Verletzungen geschützt werden. Dabei knirscht er laut mit den Zähnen, schreit zeitweilig wild auf und deutet angstvoll auf die gegenüberliegende Wand, wobei er offenbar die dort befindlichen, durch den Lichtschein hervorgerufenen Schatten für Verfolger, Feinde oder dergl. hält. Nach etwa $^1/_4$ stündiger Dauer lassen die stürmischen Erscheinungen allmählich nach, völlig erschöpft liegt er regungslos mit weitgeöffneten starren Augen da, die Atmung ist auf 50 Atemzüge in der Minute heruntergegangen; Puls zwar beschleunigt, aber kräftig; es besteht kein Fieber.

14. VII. Am Morgen hat Patient etwas Milch zu sich genommen; im Übrigen zeigt er einen stuporösen Zustand, er liegt ruhig, mit weit geöffneten Augen da, die Muskeln sind stark gespannt, Kopf und Beine werden ganz steif gehalten, auch im warmen Bade tritt keine Entspannung ein. Die Temperaturmessung ergibt eine leichte Erhöhung auf 37,7. Beim Besuche seines Vaters spricht er kein Wort, bricht in krampfhaftes Weinen aus, reagiert jedoch auf Anruf.

In den folgenden Tagen wechseln in unregelmäßigen Abschnitten Erregungszustände mit ängstlichen, stuporösen Phasen ab. In den Erregungszuständen blickt er starr, wie wenn er schreckhafte Gestalten sehen würde, knirscht mit

den Zähnen, schreit laut auf, schlägt wild um sich, drängt aus dem Bette und muß öfters in den Isolierraum gebracht werden. Diese Exaltationen dauern jedoch nur kurze Zeit, im Allgemeinen herrscht das ängstliche, stuporöse Verhalten vor. Dabei bietet er das Bild vollendeter Starre: Das Gesicht zeigt maskenartigen Ausdruck, beim Annähern macht sich ein ängstliches Wesen bemerkbar, die einzelnen Muskelgruppen des Körpers befinden sich in einem hochgradigen Spannungszustand, der Kopf ist nach hinten in das Kissen gebohrt; passiven Bewegungen wird heftiger Widerstand entgegengesetzt. Im Übrigen verhält er sich teilnahmslos, auf Fragen gibt er keine Antwort. Stuhl und Urin werden angehalten, bisweilen erfolgt auch unfreiwilliger Abgang ins Bett. Der Urin ist frei von pathologischen Bestandteilen. Nahrungsaufnahme wird tagelang verweigert, um dann wieder mit Gier vorgenommen zu werden. Der Schlaf ist öfters von Aufregungszuständen unterbrochen; die Reflexe sind gesteigert, die Körperwärme zeigt keine nennenswerten Erhöhungen. Am Herzen sind am 4. Tage unreine Töne, vom 6. Tage an blasende Geräusche an allen Ostien hörbar, der Puls ist nicht beschleunigt, voll und kräftig.

Da keine Aussicht auf baldig eintretende Änderung zum Bessern zu erwarten ist, wird er mit der Diagnose des „Jugendirreseins" der Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu überwiesen.

22. VII. Der Patient wird heute in Begleitung von 3 Lazarettgehilfen per Wagen in unsere Anstalt gebracht. Bei der Aufnahme spricht er kein Wort, hat ängstlichen, ja entsetzten Gesichtsausdruck, leistet gegen jede Lokomotion Widerstand, sodaß er ins Bad getragen werden muß. Darnach wird er im Einzelzimmer auf Polster gebettet, wo er ruhig liegen bleibt. Der Puls ist klein und beschleunigt; eine weitere Untersuchung ist unmöglich, da jeder Berührung heftigster Widerstand entgegengesetzt wird. Abends gelingt es, ihm einige Löffel Milch mit 1 ccm Digalen einzuflößen.

23. VII. Am Morgen hat er noch genau dieselbe Stellung inne, wie er sie abends vorher eingenommen hatte. Mutazismus und Widerstreben unverändert, Puls und Aus-

sehen etwas besser, er nimmt nur einige Löffel Kaffee zu sich und erhält daher nach Ausräumung des Rectums ein Nährklystier. Im Wachsaal bleibt er regungslos im Bette liegen, läßt die Augen ängstlich umhergehen und bewegt nervöshastig die Hände. Da er im Laufe des Nachmittags einen fiebernden Eindruck macht, wird eine Messung der Körperwärme vorgenommen, welche eine Steigerung auf 38,9 ° ergibt. Eine Ursache für die Temperaturerhöhung ist nicht ersichtlich, es ist kein Gelenk frisch befallen, auch am Herzen ist nichts zu finden, der erste Ton, wie früher, blasend.

24. VII. Die Nacht über verhielt er sich ruhig, war aber schlaflos; gegen abend wird er wieder unruhig, stößt nach den Wärtern, schaut ängstlich umher.

31. VII. Die Temperatursteigerung hält sich bis zum 29. Juli zwischen 37,7 und 38,8; von diesem Tage an ergibt die Messung normale Werte. Im Krankheitsbild ist keine wesentliche Änderung eingetreten. Die Augen sind meist weit geöffnet, um die Lippen spielt ein leichtes Flattern, das Gesicht zeigt einen ängstlichen Ausdruck, der Mund wird fest geschlossen gehalten, sodaß nur ganz wenig Flüssigkeit eingeflößt werden kann und die Ernährung durch Klystiere aufrecht erhalten werden muß. Sämtliche Muskeln des Körpers befinden sich in stetem Tonus, die Zehen sind plantar flektiert, passiven Bewegungen leistet er kräftigen Widerstand. Achilles- und Patellarsehnenreflexe sind infolge der Muskelspannung nicht auslösbar, die übrigen Reflexe sind lebhaft. Urin und Stuhl läßt er unter sich gehen, beim Bettwechsel gerät er in Erregung, schlägt nach den Pflegern und muß isoliert werden. Die Augenuntersuchung durch den Spezialisten ergibt völlig normalen Befund, keine Stauungspapillen.

August. Der Besuch des in Uniform erscheinenden Oberstabsarztes erregt nicht die geringste Aufmerksamkeit von seiten des Patienten. Am 2. ds. Mts. tritt gegen Abend eine Erregung auf, wobei er nach dem Pfleger stößt und beißt und in den Isolierraum gebracht werden muß. Am anderen Morgen gegen 9 Uhr stellt sich ein kurzer, krampfartiger Anfall ein: er beugt den Kopf nach hinten, zieht die

Beine an den Leib, krampft die Arme zusammen. In seiner Umgebung tritt deutlicher Geruch nach Aceton auf. Der Spannungszustand der Muskulatur ist im Laufe des Monats allmählich geringer geworden, jedoch noch nicht ganz geschwunden. Ebenso ist der ängstliche Gesichtsausdruck nicht völlig gewichen, ab und zu spricht er auch einige Worte, wie: „Geh' weg, laßt mich geh'n." Er muß täglich mittels der Schlundsonde gefüttert werden, wogegen er sich mit aller Gewalt zu wehren sucht. Die Temperatur ist dauernd normal geblieben. Ab und zu stellen sich noch leichte Erregungszustände ein, er zerreißt sein Hemd, die Decke und ist ohne ersichtlichen Grund gegen das Pflegepersonal aggressiv. Der Schlaf ist schlecht, der Stuhlgang ziemlich regelmäßig; auch geht er jetzt allein vom Abort in sein Bett zurück.

September. Am 3. ds. Mts. hat er zum ersten Mal selbständig Nahrung zu sich genommen. Der Gesichtsausdruck verrät noch immer Ängstlichkeit. Der Patient sitzt meist aufrecht im Bette oder geht umher. Der körperliche Zustand zeigt allgemeine Abmagerung, die Backenknochen springen hervor, die Schlüsselbeingruben sind tief eingesunken, die unteren Lungenpartien sind leicht gedämpft, das Atemgeräusch ist allenthalben etwas verschärft. Am Herzen ist der 1. Ton an der Spitze von einem blasenden Geräusch begleitet, im Übrigen ist das Verhalten unverändert: noch immer negativistisch, mutazistisch; Patient läßt Urin und Kot unter sich gehen. Der Schlaf ist genügend, auch nimmt Patient jetzt ausreichend Nahrung zu sich.

Oktober. Trotz genügender Nahrungsaufnahme ist der Kräftezustand des Patienten weiter zurückgegangen, sodaß sowohl am Rumpfe als an den Extremitäten die Knochen stark hervortreten, auch ist noch deutlicher Acetongeruch wahrnehmbar. Zur Hebung des körperlichen Befindens wird Sanatogen durch die Schlundsonde beigebracht, da er alle Speisen, die dieses Mittel enthalten, zurückweist. Am 28. sprang er nachts plötzlich aus dem Bette, schrie einige unverständliche Laute, suchte nach der barmherzigen Schwester zu schlagen und mußte mit Gewalt ins Bett zurückgebracht

werden. Sonst besteht das stuporös-negativistische Verhalten fort. Körpergewicht 94 Pfund.

November. Im psychischen Verhalten bietet Patient immer noch das gleiche Bild. Von der 2. Woche des Monats ab traten häufige Erregungszustände zutage, so sprang er aus dem Bade, schlug mit Händen und Füßen nach dem Arzte und dem Wärter, knirrschte mit den Zähnen, dabei war er ängstlich verwirrt. Er sträubte sich mit aller Gewalt gegen das Anziehen des Hemdes und die Verbringung in den Isolierraum. Einmal sprang er aus dem Bette und schrie: „Gebt mir einen Schirm, da regnets ja herein," warf dann seine Bettstücke und die eines anderen Patienten im Zimmer umher. Im körperlichen Befinden ist eine von Tag zu Tag zunehmende Besserung zu verzeichnen; das Gewicht hat um 10 Pfund zugenommen. Der Schlaf ist noch immer nicht gut, öfters erweisen sich Sulfonal-Zäpfchen nötig.

Dezember. Patient gibt jetzt ab und zu der Schwester oder dem Wärter kurze Antworten. Die Nahrungsaufnahme erfolgt zögernd, aber reichlich; der Schlaf ist hin und wieder gestört. Patient ist stets noch unrein. Psychisch ist er unverändert: er sitzt in derselben Körperhaltung mit angezogenen Knien, seitwärts gedrehtem Kopfe stundenlang zu Bett, bietet passiven Bewegungen heftigsten Widerstand unter Anspannung der Körpermuskulatur und mit fletschenden Zähnen. Daneben Zustände plötzlicher Erregung, wo er mit katzenartiger Geschwindigkeit aufspringt, blitzschnell unter Schimpfworten nach dem Pflegepersonal schlägt oder seine Bettstücke herauswirft.

1910. Januar—Februar. In den ersten Tagen des Januar beißt Patient den Pfleger, als dieser ihm den Hemdenknopf zumachen will, in den Finger, spricht nach dem Grunde gefragt, wie gewöhnlich kein Wort. Im körperlichen Befinden ist die Besserung stetig fortgeschritten, dagegen ist das psychische Bild nicht wesentlich beeinflußt worden, Patient nimmt stundenlang die oben beschriebenen Zwangshaltungen ein, zeigt dieselben negativistischen Symptome, daneben führt er oft triebartig planlose Handlungen aus, zeitweise besteht Neigung zum Zerstören.

März. Die körperliche Besserung hält an, auch geistig ist Patient etwas regsamer geworden. Der Gesichtsausdruck verrät einiges Interesse für die Umgebung. R. kennt den ihn besuchenden Stabsarzt und reicht ihm auf Aufforderung die Hand. Die sprachlichen Äußerungen sind recht spärlich, meist verlangt er seine Kleider oder ein anderes Bett. Die Stereotypien der Haltung und Bewegung bestehen noch fort. Er ist noch nicht dazu zu bewegen, spontan das Klosett aufzusuchen, sondern muß noch immer dorthin geschoben werden, sehr oft ist er noch unrein.

April. Patient hält sich jetzt etwas reinlicher, auch das ängstliche Wesen ist gewichen, seine sprachlichen Äußerungen sind noch sehr gering, den Ärzten gegenüber ist er überhaupt nicht zum Sprechen zu bewegen. An seine Angehörigen hat er unaufgefordert zweimal Nachricht gegeben, die Schrift ist sehr undeutlich und schwer leserlich, zu wiederholten Malen wird der gleiche Gedanke um Geld für die Heimreise geäußert. Wärtern und Patienten gegenüber wird er gesprächiger, verlangt öfters seine Kleider, spricht seine Verwunderung über seinen Aufenthalt in St. Getreu aus und verlangt nach Hause. Er beteiligt sich mit den Patienten am Kartenspiel, bei der Visite ist er jedoch nach wie vor schweigsam, blickt starr um sich, bewegt nur die Lippen zum Sprechen oder lispelt leise und unverständlich vor sich hin. Seine Bewegungen sind eckig, gleichförmig und verraten Hemmung.

Mai. Beim Besuch seines Vaters und seines Bruders spricht er nur sehr wenig, verlangt seine Kleider und will mit nach Hause genommen werden oder sich an einem Spaziergang nach dem Walde beteiligen dürfen. Gegen Ende des Monats wieder mehr verwirrt, sodaß er wieder zu Bett bleiben muß. Auch zum Waschen, Essen, Trinken etc. muß er angehalten werden.

1. Juni. Patient befindet sich jetzt außer Bett. Tagsüber hält er sich im Garten auf, spricht auch jetzt ab und zu mit dem Arzte einige Worte und zeigt sich örtlich orientiert. Der Spannungszustand der willkürlichen Muskulatur ist noch vorhanden. Das körperliche Befinden des Patienten

ist gut, das Gewicht in Zunahme begriffen. Appetit und Schlaf befriedigend.

6. Juni. Geht mit zur Arbeit, zeigt aber noch ein sehr gehemmtes und scheues Wesen, wirft den Kopf ängstlich um sich. Zieht bei der Visite jetzt den Hut ab, reicht dem Arzt die Hand und spricht auch mehr.

20. Juni. War in vergangener Woche sehr fleißig bei der Arbeit, ging Sonntags mit spazieren. Heute wegen schmerzhafter Schwellung des linken Kniegelenkes zu Bett. Temperatur normal.

26. Juni. Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Gelenkes bestehen fort, gesteigerte Beschwerden bei Bewegung. Psychisch noch leichte Hemmung.

3. Juli. Außer Bett, keine Schmerzhaftigkeit, keine Funktionsbehinderung im Kniegelenk mehr. Psychisch fortschreitende Besserung, zeigt mehr Interesse für seine Umgebung, legt ein höfliches Benehmen bei der Visite den Ärzten gegenüber an den Tag. Beschäftigt sich mit Kartenspielen oder Lektüre. Nur hinsichtlich des ersten Beginnes seiner Krankheit hat Patient dunkle Erinnerung, vom weiteren Verlauf weiß er fast gar nichts.

17. Juli. Fühlt sich ganz wohl, hat Krankheitseinsicht, zeigt ein geordnetes Benehmen, auch die Hemmung verschwindet immer mehr. Er bittet wieder um Arbeit.

24. Juli. Wird heute geheilt entlassen.

Einige Tage nach seiner Entlassung hatte ich Gelegenheit, den Patienten in meiner Heimat zu sehen und zu sprechen. Einzelheiten über den Verlauf der Erkrankung erfuhr ich gelegentlich von seinen Angehörigen, deren Berichte allerdings stark laienhaft gefärbt waren. Besonders war es der Vater des L. R., der dann jedesmal behauptete, die Militärärzte hätten seinem Sohne Arsenik oder sonst ein Gift durch Unvorsichtigkeit eines Sanitätssoldaten gegeben. Er strengte deshalb auch in aller Form einen Prozeß gegen die Militärbehörde an, den er bis zu den höchsten Instanzen durchzufechten suchte, natürlich ohne jeden Erfolg. Patient war mir gegenüber sehr zutraulich. Er gab mir bei unserem ersten Beisammensein — ich stand damals gerade in den

ersten klinischen Semestern — ausführliche Schilderung über seinen Aufenthalt in der Anstalt, erzählte vor allem die Ereignisse gegen Schluß seiner Entlassung aus St. Getreu und die Erkrankungen seiner Militärzeit. Von der Überführung in die Anstalt, an die Einzelheiten der psychischen Störung hatte er so viel wie gar keine Erinnerung. In den vergangenen zwei Jahren hatte ich während der Ferien noch öfters Gelegenheit, ihn zu sehen und mich mit ihm zu unterhalten. Irgend eine tiefergreifende Veränderung in der Persönlichkeit des Patienten gegen ehemals ist weder von seinen früheren Bekannten und Angehörigen geäußert, noch von mir bemerkt worden. In seinem Verhalten und Benehmen ist er freundlich, mit einem gewissen Grade von Gutmütigkeit, wie in den Zeiten vor seiner Erkrankung, in seinen Lebensgewohnheiten ist er in nichts von den übrigen Dorfgenossen verschieden. Er versieht die Feld- und Hausarbeiten auf dem kleinen Anwesen seines Vaters fast allein, ist stets fleißig und regsam. In seiner Stimmung sind keine auffallenden oder unbegründeten Schwankungen bemerkbar geworden, meist ist er gleichmäßiger, heiterer Stimmung. Gleich nach seiner Entlassung ist er nach Angabe seiner Angehörigen noch kurze Zeit leicht reizbar gewesen. So soll er einmal Kirschen, die er nicht gleich auf sein Verlangen hin bekam, kurzer Hand zum Fenster hinausgeworfen haben. Seitdem ist jedoch etwas Aehnliches nicht mehr vorgekommen. In sozialer Hinsicht beträgt sich R. wie seine übrigen Altersgenossen auch, er beteiligt sich am Wirtshausbesuch und Kartenspiel, nimmt Anteil an der Unterhaltung und zeigt Interesse für die Vorkommnisse des täglichen Lebens; den religiösen Verpflichtungen kommt er in ortsüblicher Weise nach. Irgend welche Eigentümlichkeiten, Hemmungserscheinungen oder dergl. z. B. in der Ausdrucksweise, der Nahrungsaufnahme, bei der Arbeit und in Gesellschaft sind von mir nicht bemerkt worden. Bei seinem Besuche, den er mir auf meinen Wunsch machte, erkundigte er sich eingehend über die ihm bekannten Persönlichkeiten aus dem Patientenkreis und dem Pflegepersonal und unterhielt sich seinem Bildungsgrad entsprechend recht schicklich mit ihnen. Den übrigen

Ärzten gegenüber legte er die dem Volkscharakter eigentümliche Schüchternheit und Unbeholfenheit an den Tag. Das körperliche Befinden war leider nicht frei von Beschwerden. Öfters traten noch schmerzhafte Schwellungen an einzelnen Gelenken, besonders an den Knieen, auf, die für kurze oder längere Zeit Bettruhe erforderten und ihn auch zwangen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Am Herzen sind keine Geräusche mehr zu hören. Zur Zeit der rheumatischen Affektionen will Patient auch über Kopfschmerzen und schlechten Schlaf zu klagen haben, besonders bei Witterungswechsel, während er in den freien Zeiten keine Beschwerden verspürt. Das Aussehen ist ein gesundes. Es zeigt also die Katanamnese keinerlei Störungen in der gesamten psychischen Verfassung des Patienten.

Soweit die Krankengeschichte. Wenn wir nun dieselbe etwas näher betrachten, so drängen sich verschiedene Fragen auf, die eine eingehendere Besprechung erheischen. Vor allem liegt der Gedanke nahe, ist die geistige Erkrankung des R. aus endogenen Ursachen heraus entstanden, d. h. ein selbständiges Krankheitsbild, so daß der acute Gelenkrheumatismus nur im losen Zusammenhang damit steht, etwa nur das auslösende Moment bildet. Oder besteht zwischen der psychischen Alienation und der infektiösen Grunderkrankung ein ursächlicher Zusammenhang und endlich, wenn dieses der Fall ist, zu welcher speziellen Gruppe gehört die Psychose nach ihrer klinischen Erscheinungsform.

Der Patient wurde vom Garnisonslazarett mit der Diagnose des „Jugendirreseins“ in unsere Anstalt eingeliefert. Auch weiterhin wurde an dieser Ansicht festgehalten, da die zutage tretenden Störungen einen ausgesprochenen katatonen Charakter boten. Die vorausgegangene körperliche Erkrankung, die bei Ausbruch der Psychose in das Stadium der Reconvaleszenz eingetreten war, sollte der nachfolgenden Geistesstörung nur Beihilfe geleistet haben, aber keine maßgebende Schuld daran tragen. Die psychische Erkrankung setzte plötzlich unter heftigem Schütteln des Körpers und einem krampfartigen Anfall ein. Solche Fälle können schon frühzeitig bei der Katatonie auftreten, ja zu den ersten Zeichen

der beginnenden Erkrankung gehören. Daran schlossen sich lebhafte, ängstliche Erregungszustände mit zahlreichen Sinnestäuschungen, was aus dem Gesichtsausdruck, dem lauten Aufschreien, den Gestikulationen und der fliegenden Atmung des Patienten hervorging, Zustände, die sich auch bei der Katatonie nicht selten finden. Desgleichen beherrschte auch im weiteren Verlaufe der katatone Symptomenkomplex das ganze Krankheitsbild. Es fand sich ausgesprochener Negativismus, psychomotorische Hemmung mit zeitweisen Erregungszuständen und impulsiven Handlungen, Nahrungsverweigerung, Stereotypie in Haltung und Bewegung. Auch die schriftlichen Äußerungen mit den iterativen Erscheinungen sprachen für die genannte Krankheit. Im Wesentlichen blieben die genannten Symptome bis zum Beginn der Besserung in mehr oder weniger ausgesprochener Stärke erhalten. Das erste Zeichen einer Änderung, doch noch lange nicht eine Besserung, war die freiwillige Nahrungsaufnahme, die nach etwa 3 Monaten sich einstellte. Diese hielt, abgesehen von der Verweigerung der Speisen, denen Sanatogen beigemischt war, und die man mit der Schlundsonde wiederholt einführen mußte, nunmehr fast ständig an. Der übrige Zustand blieb für lange Zeit noch unverändert, bis etwa vom 5. Monat ab das körperliche Befinden sich zunehmend hob. Mit dem Fortschreiten der somatischen Besserung begann auch ein allmähliches Schwinden der psychischen Symptome. Zuerst sprach der Patient einzelne Worte, wurde überhaupt geistig etwas regsamer und bekundete für seine Umgebung einiges Interesse. Etwa vom 8. Monat seit Beginn der Erkrankung hielt er sich auch reinlicher, während er früher zur Verrichtung seiner natürlichen Bedürfnisse stets angehalten werden mußte und oft das Bett verunreinigte. Dann wurde er mit den Leuten seiner Umgebung allmählich gesprächiger und verlangte vom Pflegepersonal seine Kleider. Auch äußerte er Verwunderung über seinen Aufenthalt in der Anstalt St. Getreu, ein Zeichen, daß die Orientierung jetzt sich wieder einstellte, und daß er für die Ereignisse der jüngsten Vergangenheit keine Erinnerung hatte. Daran schloß sich der Wunsch nach Entlassung aus der Anstalt und Rückkehr zu

seinen Angehörigen. Dieses Verlangen brachte den Patienten auch dazu, seinen Angehörigen unaufgefordert die Bitte, in seine Heimat zurückkehren zu dürfen, in einem Briefe zum Ausdruck zu bringen. Allmählich verlor er auch den Ärzten gegenüber sein scheues Wesen, sprach mit ihnen bei der Visite und nahm die Kopfbedeckung ab. Dann beteiligte er sich an der Arbeit, zeigte wachsendes Interesse für seine Umgebung, nahm an der Unterhaltung und am Kartenspiele teil. Sodann bekam er Krankheitseinsicht, blieb höflich, zuvorkommend und geordnet in seinem Benehmen. Ganz zuletzt erst verschwand langsam die Hemmung, wie sie in dem Spannungszustand der willkürlichen Muskulatur zum Ausdruck kam. Nach genau 1 jähriger Krankheitsdauer konnte Patient endlich als geheilt entlassen werden.

Dieser gute Ausgang und der bleibende Erfolg, den wir aus der Katamnese ersehen können, berechtigen wohl in erster Linie zu dem Schluß, daß von einer Katatonie nicht gesprochen werden kann, also eine endogene Psychose nicht in Betracht kommt.

Vielmehr ist jetzt retrospektiv ein kausaler Connex der psychischen Störung mit der vorausgegangenen Erkrankung leicht ersichtlich. Die geistige Alteration setzte bei dem Patienten im Beginne der Reconvaleszenz nach einem heftigen Gelenkrheumatismus ein. Außerdem war kurze Zeit vorher ein mehrmonatlicher rheumatischer Anfall vorausgegangen. Wenn auch das lange Krankenlager, die mangelhafte Ernährung und die dadurch hervorgerufene körperliche Erschöpfung und die Mitbeteiligung des Herzens nicht von ausschlaggebender Bedeutung gewesen sein können, so mögen sie immerhin dazu beigetragen haben, gewisse Veränderungen im Körper herbeizuführen, die auf die Elemente des Zentralnervensystems eine schädigende Wirkung auszulösen imstande waren. Die wirklichen Ursachen würden wir, wie in dem historischen Abschnitt bereits angeführt, in den Infektionstoxinen und ihrer Wirkung auf das Gehirn suchen. Nicht unwesentlich scheint auch bei dem Patienten die persönliche Veranlagung zu sein, die in Anbetracht der hereditären Belastung eine gewisse Minderwertigkeit der Elemente des

geistigen Lebens voraussehen läßt. Es ist leicht einzusehen, daß dadurch jenen schädigenden Einflüssen der Weg zu ihrem unheilvollen Wirken geebnet wurde.

Es erübrigt nun noch das vorliegende Krankheitsbild nach seiner klinischen Bedeutung in eine der bekannten Gruppen der Infektionspsychosen einzureihen. Wenn man die neueste von Kraepelin vorgeschlagene Einteilung zum Vorbild nimmt, so kann man kaum im Zweifel darüber sein, ob es sich um einen infektiösen Schwächezustand oder um die acute Verwirrtheit (Amentia) handelt. Die infektiösen Schwächezustände bieten in ihrem Grundzug, wie früher erwähnt, das Bild der psychischen Lähmung, der reparablen wie der irreparablen, während bei dem beschriebenen Krankheitsbild hauptsächlich Reizerscheinungen, sowohl auf sensorischem, wie motorischem und affektivem Gebiete vorherrschen. Den Beginn der Erkrankung bilden ängstliche Aufregungszustände mit zahlreichen Sinnestäuschungen, an die sich der Patient noch dunkel erinnert, da er mir angab, „man sieht da allerhand dummes Zeug". Diese Erscheinungen und die ausgesprochene Verwirrtheit dauern Monate lang an. Auch in seinen schriftlichen Äußerungen kommt die Verworrenheit des Gedankenganges und das Klebenbleiben an einzelnen Vorstellungen zum Ausdruck. Weiterhin ist die Stimmung charakteristisch für die acute Verwirrtheit, die meist eine gereizte oder weinerliche Ängstlichkeit bot mit inneren Spannungszuständen und Neigung zu impulsiven Affekthandlungen. So kommt es z. B., daß Patient blindlings auf das Pflegepersonal einschlägt, einen Wärter in den Finger beißt, gegen den Arzt aggressiv wird etc. In dem Benehmen macht sich die der Amentia eigentümliche Unruhe geltend, die sich in den planlosen und unsinnigen Handlungen des Patienten nach außen kundgibt. Desgleichen sind auch der schlechte Schlaf und die gewalttätige Nahrungsverweigerung, die ein starkes Sinken des Körpergewichtes und einen äußerst reduzierten Ernährungszustand zur Folge haben, der genannten Erkrankung eigen. Im weiteren Verlaufe, wo es, wie oben schon betont, unter allmählicher Abnahme der Krankheitserscheinungen zu fortschreitender Bes-

serung und schließlich zu geistiger Genesung kommt, stimmt das Krankheitsbild wiederum mit den Erfahrungen bei der acuten Verwirrtheit überein. Bezeichnend ist auch der Umstand, daß der Patient, nachdem schon eine ziemliche Besserung in seinem Befinden eingetreten war, im Anschluß an einen Besuch von seiten seiner Angehörigen wieder mehr verwirrt wurde und eine zeitlang das Bett hüten mußte, eine Erscheinung, die sich häufig bei der Amentia findet und in der leichten Ermüdbarkeit begründet ist.

Wenn man zum Schlusse die genannten Krankheitserscheinungen nochmals überblickt, so läßt sich ohne Zwang die geschilderte geistige Störung in das Krankheitsbild der acuten Verwirrtheit einreihen. Erwägt man noch daneben das starke Hervortreten der katatonen Symptome, so kann man das ganze Krankheitsbild mit Bonhöffer auch als Amentia von katatonem Charakter bezeichnen.

Zum Schlusse obliegt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Direktor Dr. Bott, der mir die Anregung zu obiger Arbeit gab und während der Abfassung derselben beratend zur Seite stand, sowie Herrn Univ.-Professor Dr. Specht für die gütige Übernahme des Referates meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.